Der Delirpatient

(Katamnestische Studie über die Prognose und das Schicksal des deliranten Trinkers)

von

Dietrich Breithaupt

aus Nürnberg

Erlangen 1963

1963 № 186

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536505_0019

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Städtischen
Krankenanstalten zu Nürnberg.
Vorstand: Städt. Medizinaldirektor Prof. Dr. F. W. Bronisch)

"DER DELIRPATIENT"
(KATAMNESTISCHE STUDIE ÜBER DIE PROGNOSE UND DAS SCHICKSAL DES DELIRANTEN TRINKERS)

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Friedrich-Alexander-Universität
zu
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt von
Dietrich Breithaupt
aus Nürnberg

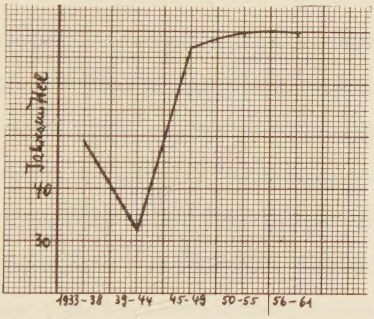
Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen Fakultät der
Universität Erlangen-Nürnberg

Dekan: Prof. Dr. G. Theissing
Referent: Prof. Dr. F.W. Bronisch
Korreferent: Prof. Dr. C. Korth

Tag der mündlichen Prüfung: 28.11.63

Verfolgt man einschlägige Statistiken oder Veröffentlichungen über das Thema Alkohol, so ersieht man, daß mit steigendem Alkoholkonsum auch der Alkoholismus zunimmt. Einen Anhaltspunkt über die Entwicklung des Alkoholismus bieten vor allem die Todesfälle im Delirium tremens. Wie vom Statistischen Amt in Zürich angegeben wird, ergibt sich für die letzten 5 Jahre im Vergleich zur Vorkriegsperiode eine Zunahme der Todesfälle um 41%.

Tabelle 1



Delirtodesfälle in der Schweiz
in den Jahren 1933 - 1961

Fragt man sich nach den Gründen dieses immer noch im Ansteigen begriffenen Alkoholismus, so muß man wohl vor allem in dem Wandel der Trinksitten einen gravierenden Faktor erblicken. Wenn es früher gewöhnlich der Fall war, alkoholische Getränke in öffentlichen Lokalen, Weinstuben, kurz: "außer Haus" zu konsumieren, so begegnet man heute diesem Modus der Alkoholaufnahme immer seltener. Die heutige Zivilisation, die Wohnkultur,

das Fernsehen und der allgemeine Wohlstand haben es mit sich gebracht, daß es zu einer regelrechten Verlagerung der Alkoholaufnahme - von der Gatstätte in das häusliche Milieu- gekommen ist. Und gehört es heute nicht schon zum Alltäglichen, jeden besseren Haushalt mit einer Hausbar, einem Weinkeller oder zumindest einer Batterie geistiger Getränke zu bestücken? "Man geht nicht mehr ohne Whiskyglas" könnte der heutige Wahlspruch lauten. Das bedeutet, daß keine gesellige Zusammenkunft mehr ohne Alkohol stattfindet, daß zu allen festlichen Anlässen jeder, der auf sich hält, von Bekannten und Geschäftsfreunden volle Flaschen- oft kistenweise - geschenkt bekommt und daß die Ablehnung eines Glases Alkohols schon beinahe einem gesellschaftlichen Fauxpas gleicht.

Aus dem anfänglichen Genuß- oder Luxustrinker entwickelt sich auf diese Weise der Alkoholiker, der früher oder später mit der Klinik Bekanntschaft machen muß. Zum anderen, und auch dieser Tatsache muß Rechnung getragen werden, bringt eine Aufbesserung der wirtschaftlichen Lage seit eh und je eine Erhöhung des Alkoholismus mit sich. Ist doch das Steigen der Löhne, ohne daß sich zugleich das Kulturniveau des Arbeiters hebt, fast stets von einem Steigen des Alkoholismus begleitet.

Zwar scheint es zunächst, als würde der Staat an diesem steigenden Alkoholkonsum profitieren. 1961 brachte ja allein der Alkoholverbrauch der Deutschen Bundesrepublik 2 Milliarden an Steuern und Zöllen ein. Indessen, wie in vielen anderen Ländern, wird auch bei uns der Ruf

nach Trinkerheilstätten immer lauter. Und es kann gar nicht mehr lange dauern, dann wird bei Fortgang der derzeitigen Entwicklung des Alkoholismus dem Staat ein Defizit entstehen.

In der vorliegenden Arbeit haben wir uns damit befaßt, das Schicksal derjenigen Patienten weiter zu verfolgen, die einmal mit einem Alkoholdelir in unserer Klinik Aufnahme fanden. Wir haben dabei bewußt das Alkoholdelir als fest umrissenes Krankheitsbild, als Kulminationspunkt des Alkoholismus, gewählt, da es gerade in den letzten Jahren zu einer erschreckenden Häufung dieses Syndroms gekommen ist und allem Anschein nach eine weitere Zunahme in den nächsten Jahren zu erwarten sein dürfte, falls es nicht zu grundlegenden Änderungen und Neuerungen von seiten der gesetzlichen Bestimmungen sowie der sozialen Behörden kommen sollte.
Bekanntlich stellt die therapeutische Betreuung des Alkoholikers ein außerordentlich schwieriges Problem dar. Denn es dreht sich ja nicht um eine gelegentliche ärztliche Behandlung, sondern vielmehr um ein über das rein Medizinische hinausgehendes Eingreifen sozialer Instanzen. Ohne dieses Eingreifen ist der Alkoholiker - wie wir wissen - verloren, dem Siechtum verfallen, ein soziales Problem erster Ordnung. Die Frage ist dabei nur: wann kann und wann muß eingegriffen werden? Über die Frage dieses Zeitpunktes besteht keineswegs eine einhellige Meinung. Die Schwierigkeiten bei der Behandlungsprozedur eines Alkoholikers sind ja hinreichend bekannt.
Und man braucht sich keine Illusionen zu machen, daß

wegen dieser Schwierigkeiten dann überhaupt nichts getan wird. Praktisch ist es doch so, daß sich keine Stelle so leicht entschließen kann, eine Einweisung wegen Trunksucht durchzusetzen. Denn die Auslegung der gesetzlichen Bestimmungen ist gerade beim Alkoholismus wie auch bei anderen Suchtkrankheiten äußerst kompliziert. Man sollte versuchen, für solche Maßnahmen festere Anhaltspunkte zu gewinnen, beispielsweise derart, daß sich bei Erreichen bestimmter Stadien der Trunksucht zwangsläufig sämtliche dafür eingerichtete Stellen einschalten. Sollte nicht gerade das Alkoholdelir für den Arzt ein letztes Signal sein, Schritte zu unternehmen, die den Patienten unter Kuratel stellen?

Wenn wir dies postulieren, muß vorher allerdings anhand einer generellen Überschau nachgewiesen sein, daß in überwiegendem Ausmaße der Alkoholkranke, der ein Delir durchgemacht hat, als für die Zukunft äußerst bedroht anzusehen ist. Dieser Frage soll unsere Untersuchung dienen.

In der für uns erreichbaren Literatur konnten wir keine entsprechenden Mitteilungen mit dem Ziel unserer Arbeit finden, so daß wir keine Vergleiche anstellen konnten.

Doch zuvor scheint es angebracht, einige grundsätzliche Erörterungen zum Alkoholdelir in seiner nosologischen Einheit anzustellen.

Beginnen wir mit der Pathogenese des Delirs, so können wir nur wenig darüber aussagen. Die Pathogenese des Delirium tremens (D.tr.) ist nach wie vor ungeklärt. So ist es nicht verwunderlich, daß in der Literatur mannigfaltige Hypothesen zu finden sind, die ein Zustandekommen des D.tr. zu erklären suchen.
An erster Stelle steht noch immer die Annahme einer kausalen Beteiligung des Leberversagens (YASARGIL, BLEULER). Dabei denkt man vor allem an einen Mangel der Entgiftungsfunktion der Leber, so daß toxische Schädigungen des zentralen Nervensystems zustande kommen können. Die neuesten Ergebnisse der Stoffwechseluntersuchungen scheinen jedoch diese Hypothese nicht recht zu stützen: man konnte selbst mit den sorgfältigsten Untersuchungsmethoden einschließlich Leberbiopsien nicht immer einen Leberschaden nachweisen.
Französische Autoren und auch angelsächsische Forscher (COIRAULT und LABORIT, PLUVINAGE und GASTEAU, OWEN) stellen andererseits ein Versagen der Nebennierenrindenfunktion in den Vordergrund des Krankheitsgeschehens. Sie verweisen dabei auf die Abwanderung von Kaliumionen aus dem perizellulären Raum in die Zellen selbst. Es kommt so zu einer Verschiebung zwischen intra- und extrazellulärem Kalium, und auf diese Weise zu einer Störung des Adaptionssystems.
Weiterhin diskutiert man auch eine zentrale Dysregulation (MEYER, SCHMITT und KIESER, HUBER). So sind es vor allem anatomische Befunde, die vermuten lassen, daß das Delir

eine hypothalamische Regulationsstörung widerspiegelt. Daneben hat man (KIENE, STREITWIESER und MILLER, NOYES, KAT und PRIK) auch noch eine Vitaminmangel -Hypothese aufgestellt: man nimmt an, das D.tr. beruhe auf einem Mangel an Vitamin B. Die Folge dieses Vitaminmangels sei ein gestörter Kohlehydratstoffwechsel, es komme zum Auftreten toxischer Zwischenprodukte, die ihrerseits zu einem pathologischen Reizzustand zentraler Neuronen führen.

Recht umstritten ist die Magnesiumstoffwechseltheorie. So sind es unter anderem Amerikaner (TAVEL), die den Standpunkt vertreten, Magnesiummangel könne für die Entstehung des D.tr. mit von Bedeutung sein. Diese Behauptung basiert auf drei Tatsachen: einmal ist das D.tr. häufig von einem niedrigen Magnesiumspiegel begleitet, zum anderen ähnelt das Syndrom des D.tr. weitgehend demjenigen bei Magnesiummangel und schließlich scheinen Patienten mit D.tr. auf Magnesiumtherapie schneller anzusprechen als auf Kontrollsubstanzen.

Eine Einstellung, die alle gegenwärtig bekannten pathogenetischen Faktoren berücksichtigt, vertreten HOFF, BOWMANN und JELLINEK. Sie sind der Auffassung, daß dem D.tr. pathogenetisch eine multifaktorielle Stoffwechselstörung zu Grunde liege, so ein fehlerhafter Kohlehydratstoffwechsel, ein pathologischer Wasserhaushalt, gewisse Ionenverschiebungen und eine stets vorhandene Acidose, die im Netzwerk der pathogenetischen Momente eine dominierende Stellung einnehmen.

Wenden wir uns jetzt der Klinik des Delirium tremens zu, so haben wir zwei Formen zu unterscheiden. Auf der einen Seite kennen wir das reine, durch permanentes, jahrelanges Trinken hervorgerufene Kontinuitätsdelir. Auf der anderen Seite begegnen wir dem provozierten Delir und sprechen von einem solchen, wenn es durch provozierende Faktoren - vom einfachen Erkältungsinfekt über Operationstraumen bis zu schweren organischen Krankheiten, wie einem Herzinfarkt oder einer Nephritis - ausgelöst wurde. Als eine Sonderform des provozierten Delirs möchten wir hier noch das Abstinenzdelir erwähnen, dessen Existenz lange Zeit heftig umstritten war. Die Argumente gegen eine Abstinenztheorie basierten auf den Arbeiten amerikanischer Autoren (PIKER et al.), die bemerkten, daß 75% ihrer Delirfälle bis zum Ausbruch des Delirs kontinuierlich tranken. Ebenso stellten sie fest, daß Trinker, die man nach Trinkexzessen ins Gefängnis geworfen hatte, selten ein Delir entwickelten. Anderer Meinung waren Kliniker wie ISBELL et al., die anhand von Freiwilligen ganz exakt demonstrieren konnten, daß das D.tr. allein durch einen rapid fallenden Alkoholspiegel hervorgerufen werden kann. Immerhin darf es jetzt als gesichert gelten, daß es neben dem reinen Kontinuitätsdelir auch ein Abstinenzdelir gibt. Natürlich wird es immer problematisch sein, von einem Abstinenzdelir zu sprechen, weiß man doch nie, ob in die Zeitspanne der Abstinenz ein Gelegenheitstrauma - wie zum Beispiel ein banaler grippaler Infekt - hineingespielt hat und es auf diese Weise zum Delirausbruch kam.

In ihrer klinischen Verlaufsform manifestieren sich im übrigen alle Delirformen einheitlich, ebenso ist ja auch die Therapie dieselbe.

Das klinische Bild des Alkoholdelirs hat sich seit BONHOEFFERS klassischer Schilderung nicht wesentlich verändert; dennoch wird behauptet, daß das Delir in seiner Symptomatologie gegenüber früher "stiller" geworden sei, ähnlich dem Symptomenwandel bei der Paralyse und anderen Psychosen.

Die Patienten sind psychisch bewußtseinsgetrübt, desorientiert, zeigen eine illusionäre Verkennung ihrer Umgebung. Daneben treten traumhafte Halluzinationen, eine hochgradige Suggestibilität und eine gesteigerte motorische Unruhe. In der Regel dauert ein voll entwickeltes Delir - führt es nicht zum Tode - 3 bis 6 Tage. Wenn die Patienten aus einem langen, tiefen Terminalschlaf erwacht sind, ist die Erinnerung an die deliranten Erlebnisse meist verblaßt, nicht selten fehlt aber die Amnesie. Nicht immer verläuft das Delir in dieser typischen Form, es gibt abortive Delirien oder sogenannte Bedrohungsdelirien, die ein Kombinationssyndrom von Delir und Halluzinose darstellen.

Zur Therapie des Delirium tremens: analog der noch immer ungeklärten Genese des D.tr. ist auch die Therapie keine einheitliche und auch keine kausale, sondern kann nur eine symptomatische sein. Eine Standardtherapie beim D.tr. gibt es nicht. Dennoch existieren gewisse Richtlinien und Grundgedanken, denen wir

an unserer Klinik folgendermaßen nachkommen:
Als erstes gilt es, den motorisch unruhigen Patienten zu sedieren. Das Mittel der Wahl war dabei Truxal - ein Thiaxanthen-Präparat - welches wir in schweren Fällen bis zu 8 Ampullen täglich verordneten. Von reinen Phenothiazinpräparaten haben wir im Hinblick auf die ohnedies schon gestörte Leberfunktion Abstand genommen. Daneben verwandten wir - mit allerdings schlechteren Ergebnissen - Haloperidol - ein halogeniertes Benzoylpropylpiperidin-Präparat. Angeführt sei an dieser Stelle noch die Reserpintherapie, die jetzt in zunehmendem Maße von verschiedenen Kliniken eingeschlagen wird. Uns selbst fehlt die Erfahrung mit Reserpin, wir halten es auch wegen der hypotensiven Wirkung bei Hypertonikern, Arteriosklerotikern und grundsätzlich bei hypotensionsgefährdeten Lebercirrhotikern nicht für indiziert. Neben dieser Sedationstherapie mit neuroleptischen und die zentrale Erregbarkeit dämpfenden Pharmaka ist es wichtig, den gestörten Elektrolyt- und Wasserhaushalt wieder aufzurichten. Wir bedienen uns dabei der Infusionen mit Laevulose oder Ringerlösung, die wir mit leberentgiftenden Medikamenten (Reducdyn, Prohepar, Laevocholin) anreicherten. In Kombination damit verabreichten wir hohe Dosen von Vitaminen (Redoxon, BVK, Cytobion).
Daß - vor jeder anderen Therapie - einer sorgfältigen Herz-Kreislauf-Überwachung Rechnung zu tragen ist, bedarf kaum besonderer Erwähnung.
Obwohl über den Wirkungsmechanismus von Corticosteroiden

bei der Therapie des alkoholischen Delirs noch nichts Sicheres bekannt ist, haben wir mit hohen Dosen von Solu-Decortin H gute Erfolge erzielen können.
Neben dieser - an unserer Klinik geläufigen Therapie - existieren in mannigfaltiger Weise andere therapeutische Möglichkeiten, Hinweise und Vorschläge zur Delirbehandlung, die wir hier nur kurz streifen wollen. Auf die manchmal entscheidende Wendung des Delir-Verlaufes durch Presuren (FEUERLEIN) oder EK-Behandlung sei hier nur hingewiesen.
Viel diskutiert wird noch immer die Alkoholtherapie, die zuerst von BRUEL und LECOQ mit i.v. Injektionen einer alkoholischen Glucoselösung durchgeführt wurde. Die Behandlungserfolge sind aber nicht signifikant. Für eine Therapie mit Alkohol spricht die Tatsache, daß man eine schnellere Ruhigstellung, ein Schwinden des Tremors sowie eine Normalisierung des toxisch-humoralen Syndroms erreichen kann. Hinzu kommt ein gewisses suggestives Gepräge bei dieser Behandlung, welches nach LECOQ und FOUQET außerdem noch ausgenutzt werden kann. Auf der anderen Seite sollte man sich jedoch vor Augen halten, daß Alkohol Kalorien ohne Nahrung liefert und einer Verfettung der Leber weiteren Vorschub leistet.
An dieser Stelle sei noch eine Bemerkung zur Magnesiumtherapie angeführt: obwohl - wie einschlägige Versuche gezeigt haben - Magnesiummangel nicht der Grund des D.tr., sondern lediglich ein häufiger und vermutlich komplizierender Faktor ist, rechtfertigt die Ähnlich-

keit zwischen dem Mg-Mangelsyndrom und dem D.tr. durchaus die therapeutische Anwendung von Magnesium. Außerdem kann man sich schon aus dem pharmakologischen Effekt des Magnesiums einen Vorteil ableiten: Magnesium sorgt für Sedierung und eine antikonvulsive Wirkung.

Einige Autoren (KLEMPERER et al.) behaupten, daß Insulin die Dauer des D.tr. um etwa zwei Tage verkürzt, und so wird auch an manchen Kliniken im Rahmen der Delirtherapie Insulin gegeben. Bei den mit Insulin abgekürzten Delirien soll auch die Erinnerung an das Delirerlebnis viel verschwommener als beim gewöhnlichen Abschluß sein; die Erinnerung an das Delir sei manchmal sogar völlig ausgelöscht. Ganz abgesehen von den Zweifeln an der Richtigkeit dieser Beobachtung bliebe dabei allerdings zu bedenken, ob der heilsame Schrecken, den ein Delirium dem Trinker einflößt, in Wegfall kommen könnte und sogar mit dieser Therapie ein wertvoller psychotherapeutischer Effekt verlorengeht.

Mortalität: die Angaben über die Sterblichkeit beim D.tr. schwanken bei den einzelnen Autoren zwischen 0,5 und 50% (HOFF 0,5%, WYSS 1 - 2%, KRANZ 22%, SERRA und ZANETTI 50%). Hält man sich dagegen die größte Sammelstatistik (ROSE) aus dem Jahre 1861 mit 4402 nicht weiter ausgelesenen Delirien unter den englischen Kolonialtruppen in Indien vor Augen, so mahnt die dort gefundene Mortalität von 10,4% angesichts der inzwischen vielfältig modifizierten therapeutischen

Methoden doch zum Nachdenken. Allerdings sollte man nicht vergessen, daß ein so scharf umrissenes Krankheitsbild, wie es das D.tr. darstellt, Fehldiagnosen nicht ausschließt. Sicherlich wurden und werden auch heute nicht allzu selten delirante Räusche und andere Zustände irrtümlich als D.tr. deklariert.

Eigene Untersuchungen:

In den Jahren 1950 bis 1962 befanden sich 176 Patienten wegen eines Delirs in unserer Klinik. Hierbei sind alle abortiven, Bedrohungs- oder Prädelirien unberücksichtigt geblieben und lediglich die echten, originären Delirien erfasst. Von den 176 Delirien entfielen 19 auf weibliche Patienten. Das bedeutet, daß jedes 9. Delir eine Frau trifft. Man darf aber gerade bei den Delirien der Frauen nicht vergessen, daß es sich hier nicht immer um alkoholbedingte Delirien handelt, sondern um solche, die auf dem Boden eines kombinierten Schlafmittel-, Medikamenten- und natürlich auch nicht unbeträchtlichen Alkoholabusus entstanden sind. Im übrigen hat es den Anschein, daß die Männer dem Delir gegenüber eine geringere Toleranz zeigen als die Frauen. Das Überstehen zweier Dritt-delirien bei zwei Patientinnen sowie mehrere leichtere Rückfälle bei den Frauen haben uns in dieser Ansicht bestärkt.

Analog der pro Kopf errechneten Zunahme des Alkohol-

konsums in den letzten Jahren konnten wir auch einen rapiden Anstieg der an D.tr. Erkrankten innerhalb der letzten 12 Jahre feststellen. Während wir 1950 nur 5 Patienten mit einem Delir in unserer Klinik sahen, waren es 1962 schon 48 Patienten, eine Zunahme also um fast das Zehnfache. Eine ausführliche Aufstellung möge dies verdeutlichen.

Tabelle 2

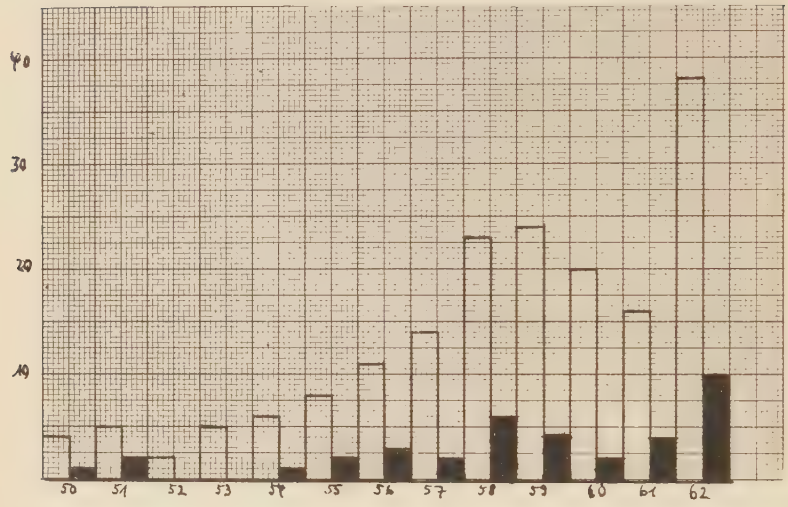
Jahrgang	Anzahl d. Delirien	Todesfälle
195o	4	1
1951	5	2
1952	2	-
1953	5	-
1954	6	1
1955	8	2
1956	11	3
1957	14	2
1958	23	6
1959	24	4
1960	20	2
1961	16	4
1962	38	10

Deliraufnahmen von 1950 bis 1962

Von 176 Delirpatienten verstarben in unserer Klinik 37 Patienten (siehe auch Tabelle 3). Unter ihnen befanden sich 11 provozierte Delirien. Führt man dabei eine genauere Analyse dieser 11 durch Provokation ausgelösten Delirien durch, so stellen sich in 5 der Fälle derart gravierende Traumen (Pankreasnekrose, Verbrennung III. Grades, eine Herzinsuffizienz mit massiven Ödemen sowie zwei schwere Unfalltraumen)heraus, daß deren Krankheitsschwere allein - auch ohne Hinzukommen eines Delirs - mit an Sicherheit grenzender

Wahrscheinlichkeit den Tod verursacht hätte.

Tabelle 3



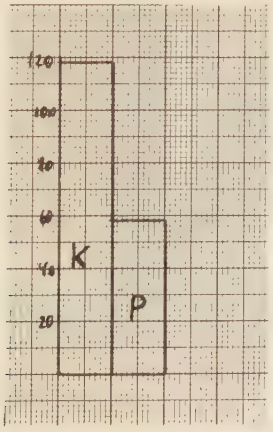
Graphische Darstellung der Delirzunahmen
und der Todesfälle (schwarz).

Unter Abzug dieser 5 Todesfälle errechneten wir anhand unseres Krankengutes eine Letalitätsquote von 18%, ein Wert, der sich nach den in der Literatur mitgeteilten Letalitätsstatistiken noch im mittleren Bereich befindet. Hält man sich die Relation 11 provozierte : 26 Kontinuitätsdelirien vor Augen, so erkennt man die weit geringere Letalität der provozierten Delirien. Die signifikant höhere Letalität unter den Patienten mit einem Kontinuitätsdelir wird einmal durch die Tatsache erklärt, daß bei den provozierten Delirien der Manifestationstermin des Delirs vorverlegt wird und zwar auf einen

Zeitpunkt, zu dem die reine Alkoholwirkung noch nicht ausgereicht hätte, den Ausbruch des Delirs heraufzubeschwören. Zum anderen möchten wir die Anwendung therapeutisch verbesserter Maßnahmen - so in Form der Antibiotika und Chemotherapeutika - anführen. Sobald nämlich erst einmal die das D.tr. provozierenden Faktoren ausgeschaltet und erfolgreich behandelt sind, so droht von seiten des Delirs an sich keine Gefahr mehr. Denn es ist erwiesen, daß ein solches, seines provozierenden Agens entblößtes Delir weit weniger gefährlich ist als ein Kontinuitätsdelir, welches durch die permanente, jahrelange Alkoholeinwirkung allein ausgelöst wird.

Insgesamt betrug - unter Zugrundelegung sämtlicher Delirien - das Verhältnis Kontinuitätsdelir : provoziertem Delir 2 : 1

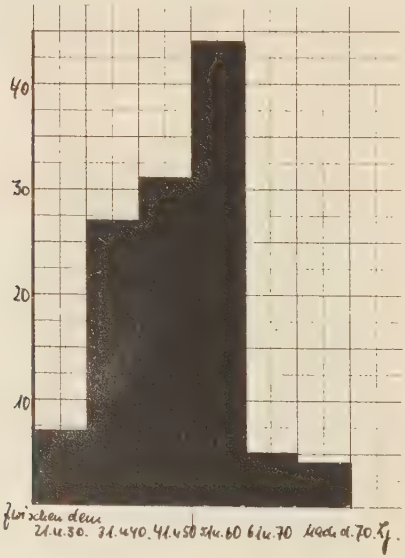
Tabelle 4



Verhältnis von Kontinuitätsdelir zu provoziertem Delir bei 176 Patienten (118 :58)

In diesem Zusammenhang war für uns der Zeitpunkt des Delirausbruch von Interesse. Wir haben bei diesen Auswertungen natürlich lediglich die reinen Kontinuitätsdelirien berücksichtigt. Unter Zugrundelegung von 118 Patienten und bei einer Unterteilung in nachstehende Gruppen sind wir zu folgendem Ergebnis gekommen: Zwischen dem 21. und 30. Lebensjahr brach das Kontinuitätsdelir in 7 Fällen, zwischen dem 31. und 40. Lebensjahr in 27 und zwischen dem 41. und 50. Lebensjahr in 31 Fällen aus. Einen Gipfel des Delirausbruches sahen wir zwischen dem 51. und 60. Lebensjahr mit 44 Fällen.

Tabelle 5



Zeitpunkt des Delirausbruches bei 118 Patienten

Innerhalb der letzten 12 Jahre wurden 16 unserer 176 Delirpatienten wegen eines oder mehrerer Rezidive erneut in unserer Klinik aufgenommen. Dabei handelte es sich um zwei Zweitdelirien, wobei der Zeitraum zwischen den einzelnen Delirien im kürzesten Fall 4 Monate betrug und dieses tödlich endete; in anderen Fällen lagen 4 bis 5 Jahre zwischen Entlassung und Wiederaufnahme. Daneben erlebten wir zwei Drittdelirien (in einem Falle handelte es sich um eine erst 21-jährige Frau, die nach einem Prädelir in den beiden darauffolgenden Jahren wegen zweier schwerer Delirien Aufnahme fand) und drei Wiederholungsaufnahmen wegen eines Vollrausches.

Methodik bei unserer katamnestischen Untersuchung:

Nach Abzug der in unserer Klinik verstorbenen Patienten verblieben noch 139 Fälle, deren weiteres Schicksal wir zu verfolgen hatten. Von einer postalischen Einbestellung nahmen wir Abstand, nachdem sich einige, die wir um ihren Besuch baten, überhaupt nicht meldeten, andere, - da sie in Arbeit standen - den gewünschten Termin nicht wahrnehmen konnten.
So entschlossen wir uns, unser ehemaliges Patientengut selbst aufzusuchen. Dabei war es nicht immer leicht, die auf einen Umkreis von 50 km um Nürnberg verstreuten Patienten ausfindig zu machen. Waren doch viele - ohne eine neue Adresse hinterlassen zu haben - verzogen, andere alleinstehend verstorben. In beiden Fällen galt es, das Einwohnermeldeamt einzuschalten und diesbezügliche Erkundigungen einzuziehen. Generell schrieben wir die einweisenden Ärzte an in der Hoffnung, daß diese noch mit unseren Patienten in Kontakt ständen, und schickten folgenden Fragebogen mit:

Fragebogen

Sehr geehrter Herr Kollege!

Im Rahmen einer medizinisch-wissenschaftlichen Arbeit sind wir am Schicksal derjenigen Patienten interessiert, die einmal wegen eines Alkoholdelirs in unserer Klinik lagen. Wir wären Ihnen in diesem Zusammenhang sehr verbunden, wenn Sie uns nachstehende Fragen über Ihren Patienten ..... beantworten könnten:

1) Lebt der Patient noch, steht er noch bei Ihnen in Behandlung? ....
2) Trinkt er nach wie vor, gegebenenfalls in welchen Mengen? ....
3) Hat er zwischenzeitlich eine Entziehungskur mitgemacht? .....
4) Steht er unter Vormundschaft? .....
5) Sind irgendwelche Folgekrankheiten wie Lebercirrhose, Korsakow oder eine Polyneuritis eingetreten? .....
6) Ist er sozial eingegliedert, steht er in Arbeit, ist er invalide? ....
7) Ist er sonst in irgendeiner Weise auffällig? .....

Von den Hausärzten dieser 139 Patienten konnten 102 ermittelt und angeschrieben werden. Erstaunlicherweise kamen sämtliche 102 Fragebögen zurück; 23 Ärzte hatten die Patienten nach der Einweisung aus den Augen verloren. Aber auch die Angaben der 79 derzeit behandelnden Ärzte waren bei weitem nicht immer erschöpfend genug, so daß wir jeden einzelnen unserer Delirpatienten persönlich aufsuchten. Dabei kamen wir zu folgenden Resultaten:

Von unserem ehemaligen Krankengut, also 139 Patienten, sind inzwischen weitere 28 Patienten verstorben. Die Analyse der Todesursachen brachte nachstehendes Ergebnis: Vier Patienten verstarben durch Suizid (und zwar 5 Monate, 9 Monate, 1 Jahr und 3 Jahre nach dem Delir)

vier weitere Patienten verstarben in einem zweiten Delir (10 Monate, 2, 3 und 5 Jahre nach dem ersten Delir). Vier Patienten verstarben an den Folgen einer Lebercirrhose (2, 2, 3 und 5 Jahre nach dem Delir), wobei hervorzuheben ist, daß allein drei von diesen Patienten schon zweimal wegen eines Delirs in unserer Klinik behandelt worden waren. Weitere acht Patienten verstarben (keiner von ihnen überlebte das Delir länger als 6 Jahre), ohne ihre Trinkgewohnheiten wesentlich eingeschränkt zu haben, durch Herzinfarkt oder Apoplex. Und schließlich starben acht Patienten - ohne nach ihrer Entlassung weiter getrunken zu haben - an den Folgen carcinomatöser Erkrankungen oder schwerer Herzinsuffizienzen.

Auf die Frage nach Folgekrankheiten teilten uns die behandelnden Ärzte in 5 Fällen eine Polyneuritis, in 19 Fällen eine Lebercirrhose bzw. Hepatopathien und in 3 Fällen einen Korsakow mit. Auf Grund unserer persönlichen Katamneseerhebung konnten wir außerdem noch weitere 11 Patienten erfassen, die an einer Polyneuritis alcoholica litten. Hinzu kamen weitere 6 Patienten, die zwar nicht das volle Bild eines Korsakow boten, immerhin frühzeitig gealtert schienen und Symptome hochgradiger Merkschwäche sowie Denkstörungen zeigten. Wir fanden also insgesamt an alkoholischen Folgekrankheiten unter den 111 Überlebenden 44 Fälle, was einem Prozentsatz von 40% entspricht.

Unter Vorbehalten haben wir weiterhin festgestellt, daß 52% der 111 überlebenden Patienten einen starken Abusus

betreiben, weitere 14% mäßige Trinker sind. Wir stützten uns bei diesen prozentualen Auswertungen in erster Linie auf die Angaben der Angehörigen sowie die der Nachbarn und der behandelnden Ärzte. Die Patienten selbst versuchten ihren Alkoholkonsum erfahrungsgemäß zu bagatellisieren, und nur durch Fangfragen bzw, durch den Aspekt, den man von ihnen anläßlich abendlicher Besuche gewann, gelang es, sich einen ungefähren Überblick über den wahren Alkoholkonsum zu verschaffen. Nicht immer war es leicht, mit den Patienten ins Gespräch zu kommen, zumal dann, wenn man sich als Arzt auswies und sie direkt auf ihr ehedem stattgefundenes Alkoholdelir ansprach. So erwies es sich als die beste Methode, sich bei den Patienten nach ihrem vor Jahren in unserer Klinik behandelten "Leberschaden" zu erkundigen und im Anschluß daran nach etwaigen "Alkoholunverträglichkeiten" zu fragen.

Von größtem Interesse war für uns die Frage, wieviele unserer ehemaligen Patienten noch im Erwerbsleben stehen, wieviele vorzeitig invalidisiert bzw. arbeitsunfähig wurden. Bringt man diejenigen Patienten in Abrechnung, die schon zur Zeit des Delirausbruches arbeitunfähig bzw. Rentner waren - es handelte sich um 23 Fälle - so konnten wir unter Zugrundelegung einer Gesamtzahl von 88 ehemals erwerbsfähigen Patienten nur 35 Patienten, also 40% finden, die heute noch nach ihrem damaligen Delir im Erwerbsleben stehen. Von den restlichen 53 Patienten traten 16 - altersentsprechend - in den Rentnerstand über, 9 wurden invalidisiert,

19 vorzeitig arbeitsunfähig und weitere 9 Patienten bezogen schon seit längerer Zeit Arbeitslosenunterstützung.

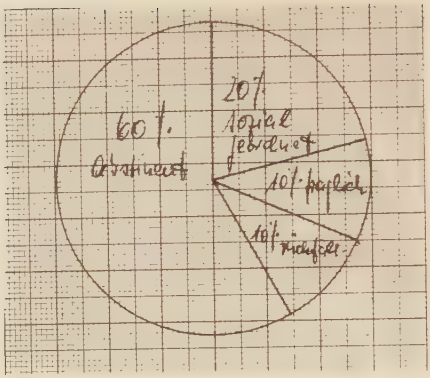
Nur 40% unserer Patienten stehen also noch im Erwerbsleben. Bezogen auf sämtliche Delirfälle aus den Jahren 1950 - 1962 gehen heute lediglich 35, also 20% einer geregelten Arbeit nach. Eine Ziffer, die ausreichen sollte, den Gesetzgeber auf den Plan zu rufen und die energischsten Maßnahmen hinsichtlich der Betreuung deliranter Patienten zu verlangen.

In dem Bestreben, die Rezidivgefahr bei der deliranten Trinkergruppe zu bannen, Rückfälle auch leichteren Grades zu vermeiden und einen sozialen Abstieg zu verhindern, steht uns als einzige Möglichkeit nur die Einweisung in eine Trinkerheilstätte mit dem Ziel völliger Abstinenz zur Verfügung. Und so einfach dieses Postulat nach einer Entziehungskur auch erscheinen mag, so schwierig ist es doch bei der derzeitigen Rechtsauslegung, Patienten nach der Entlassung aus der Klinik in eine Trinkerheilanstalt einzuweisen. Natürlich garantiert auch nicht jede Einweisung in eine Trinkerheilanstalt einen radikalen Heilerfolg. Immerhin, es werden doch Ergebnisse erzielt, um derentwillen es sich in jedem Falle lohnen muß, eine solche Einweisung zu veranlassen.

Bei 6 unserer Delirpatienten befürworteten wir eine Unterbringung in eine Anstalt zwecks Alkoholentziehungskur. Drei Patienten begaben sich freiwillig dorthin. Fünf dieser Patienten können jetzt als sozial remittiert gelten, zwei weitere betreiben nach wie vor einen mäßigen Abusus, die restlichen beiden sind - ohne weiteren Abusus betrieben zu haben - an interkurrenten Infekten verstorben. Gute Heilerfolge kann auch die Trinkerheilstätte "Haus Burgwald" verzeichnen, wo 20 Patienten einer über ein halbes Jahr andauernden Alkoholentziehungskur unterworfen wurden.

(siehe umseitige Skizze)

Tabelle 6



Heilerfolge bei 20 Patienten einer Trinkerheilanstalt

Um auf die Problematik bei der zwangsweisen Unterbringung in eine Trinkerheilstätte zurückzukommen, scheint es wichtig, diesbezüglich einige rechtliche Grundprobleme zu erörtern: das verfassungsrechtliche Fundament für alle Ländergesetze, die sich mit einer außerstrafrechtlichen Unterbringung von Suchtkranken befassen, ist das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland vom 23.5.49. Dieses besagt, daß die Freiheit einer Person nur auf Grund eines förmlichen Gesetzes und nur unter Beachtung der darin vorgeschriebenen Formen beschränkt werden kann ..... über die Zulässigkeit und die Fortdauer einer Freiheitsentziehung hat nur der Richter zu entscheiden. Grundsätzlich kann eine Unterbringung in einer Heil- und Pflegeanstalt ohne freiwillige Zustimmung des Patienten nur auf dem Wege der Entmündigung oder mindestens einer Pflegschaft vor sich gehen. Und eine Entmündigung

kommt für alle die Fälle in Betracht, die sich freiwillig zur Durchführung von Vorschlägen der behandelnden Ärzte oder der Trinkerfürsorgestellen nicht verstehen können und bei denen sich im eigenen und im Interesse der Familie und der Öffentlichkeit eine Unterbringung zu Heilzwecken als notwendig erweist. Die gesetzlichen Grundlagen sind dabei folgende: ..... entmündigt kann werden, wer infolge von Trunksucht seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag oder sich und seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetzt oder die Sicherheit anderer gefährdet (§6 Abs. 3 BGB). Die Entmündigung muß von den Angehörigen des Patienten beantragt werden. Bei zwei unserer Delirpatienten wurden die vom Krankenhaus ausgearbeiteten Unterlagen zur Entmündigung von der Staatsanwaltschaft zurückgereicht mit dem Vermerk: die vorgesehene Entmündigung wegen Trunksucht kann infolge fehlender Zustimmung von seiten der Angehörigen nicht ausgesprochen werden. In einem der Fälle verstarb der Patient - ohne eine ärztlicherseits vorgeschlagene Alkoholentziehungskur mitgemacht zu haben - innerhalb der folgenden 8 Monate an den Folgen eines zweiten Delirs.

Geht man nun von der Tatsache aus, wie oft eine ärztlicherseits vorgeschlagene Unterbringung durch den Richter abgelehnt wurde, so muß man sich fragen, ob unseren heutigen Landesgesetze, die eine zwangsweise Unterbringung von Suchtkranken regeln, noch suffizient sind. Veranschaulicht man sich, wie England mit der "Mental-Health-Act" ein neues Gesetz für die Unter-

bringung von Suchtkranken geschaffen hat und welche Punkte dabei besonders beachtet wurden, so sollten wir diesem Beispiel auch in unseren Bundesländern folgen:
1) erfolgt in England der Aufnahmevorgang bei der Unterbringung von Suchtkranken mit einem erstaunlich geringen Aufwand an Formalismus.
2) der einzuschlagende Weg wird nicht durch das Einschalten der Verwaltungsbehörden kompliziert, das Gericht tritt erst im Beschwerdefall in Erscheinung.
3) wird auch den ärztlichen Stellen bei der Regelung der Verfahrensweisen ein Gewicht beigelegt, das ihrer Sachkenntnis entspricht.
Aber letzten Endes wurzeln die Schwierigkeiten bei der Anwendung aller Gesetze über die Unterbringung von Suchtkranken in der subjektiv unterschiedlichen Auslegung formalrechtlicher Begriffe, für die es keine auf jeden Einzelfall zutreffende Norm gibt. Und je deutlicher der behandelnde Arzt im suchtkranken Patienten einen gesundheitlich ernst gefährdeten Menschen sieht, je mehr aber im Gegensatz dazu der Richter im Gesetz die Notwendigkeit eines Schutzes vor "Freiheitsberaubung" verankert sieht, desto härter begegnen sich die Standpunkte im gerichtlichen Unterbringungsverfahren, desto weniger ist aber den echten gesundheitlichen Interessen des Kranken und seiner Umwelt gedient.
Und gerade beim alkoholsüchtigen Patienten bereitet bei uns die außerstrafrechtliche Unterbringung in einer Anstalt große Schwierigkeiten. Einmal, weil der Richter den Trunksüchtigen bzw. den nach einem Delir genesenen

Patienten in einem symptomenarmen Stadium sieht und demzufolge keinen wirklichen Einblick in das wahre Ausmaß seiner Sucht gewinnt, zum anderen, weil die körperlichen, geistigen und seelischen Schäden bei alkoholsüchtigen Patienten zum Zeitpunkt der richterlichen Begutachtung oft nicht unbedingt augenscheinlich sein müssen.

Hält man sich nach dem Gesagten vor Augen, daß das Alkoholdelir bereits einen Kulminationspunkt des Alkoholismus darstellt und daß - wie unsere katamnestischen Untersuchungen ergeben haben - über 50% der überlebenden Patienten einen nicht unbeträchtlichen Alkoholabusus nach der Klinikentlassung betreiben und vorzeitig invalidisiert werden müssen, so dürfte kaum noch gezögert werden Alkoholiker spätestens nach einem ersten Delir einer zwangsweisen Alkoholentziehungskur zuzuführen.

Neben der rein gesetzlichen Malaise, die Patienten zwangsweise in geeigneten Heilstätten unterzubringen, ist die materielle Frage nicht weniger bedeutungsvoll. Nachdem frühere Versuche, Patienten auf Kosten der Versicherung eine Entziehungskur angedeihen zu lassen, aus fiskalischen Gründen zum Scheitern verurteilt waren und sich die Krankenkassen nicht an den entstehenden Kosten beteiligten, erkennen die Krankenkassen die Trunksucht jetzt als eine Krankheit im Sinne der Reichsversicherungsordnung an. Daneben steht aber ein neues Gesetz zur Regelung der Krankenversicherung unmittelbar bevor. Der Entwurf zielt darauf ab, daß die Kranken-

versicherung in Zukunft nicht nur enstandene Krankheiten heilen helfen, sondern auch durch entsprechende Vorsorgemaßnahmen dazu beitragen soll, Krankheiten rechtzeitig zu verhüten.

Aber für den Fall, daß es in absehbarer Zeit zu einer gesetzlichen Neuregelung auch bezüglich der Zwangseinweisung in Trinkerheilanstalten käme, so ergäbe sich schon die zweite Schwierigkeit: der Mangel an Trinkerheilstätten. Bedenkt man, daß in der gesamten Bundesrepublik lediglich 6 geschlossene und 11 offene Anstalten für Alkoholiker zur Verfügung stehen, so muß doch diese Tatsache sehr bedenklich, zumindest aber verwunderlich stimmen. Vergleicht man nämlich - angesichts des großen Heeres der Alkoholkranken - die Behandlungseinrichtungen für andere Krankheitsgruppen, etwa für die Tuberkulösen, mit denen, die den Alkoholikern zur Verfügung stehen, so tritt unverhüllt zutage, was hier bisher versäumt wurde. Ist die fiskalische Belastung für den Staat nicht eine weitaus größere, Heil- und Pflegeanstalten mit einem Patientengut unheilbarer Alkoholiker zu besetzen, als rechtzeitig geeignete Trinkerheilanstalten einzurichten, die wenigstens einen Heilungsteilerfolg garantieren?

Wenn man daneben bedenkt, wieviele Sanatorien für Tbc-Kranke inzwischen dank der durch Tuberkulostatika verbesserten Therapie heute so gut wie leer stehen, so erhebt sich die Frage einer Umgestaltung dieser ehemaligen Tbc-Sanatorien in Trinkerheilstätten ganz von selbst.

Aber grundsätzlich ist es wichtig, nicht erst dann

mit der Therapie bei den Alkoholikern zu beginnen, wenn mit dem Delir oder dem Korsakow-Syndrom bereits ein Kulminationspunkt erreicht ist. Das Schwergewicht jedweder ärztlichen und fürsorgerischen Tätigkeit muß vielmehr auf der Prophylaxe und auf der Behandlung und Betreuung der Frühfälle liegen. Es darf uns nicht die Administration Unheilbarer ausschließlich oder dermaßen in Anspruch nehmen, daß der noch behandlungsfähige Fall nicht behandelt werden kann und so lange warten muß, bis auch er unheilbar geworden ist. Leider wird dieser Überlegung in Deutschland noch immer nicht die nötige Bedeutung beigemessen. Wie oft kommt es vor, daß Patienten mit schweren Räuschen oder Bagatellverletzungen unter Alkoholeinfluß einer chirurgischen Klinik zugewiesen werden und diese - notdürftig versorgt - wieder verlassen, ohne daß der Frage der Trunksucht, die gewiß nicht bei jedem Einzelrausch, aber wohl doch bei einer Vielzanl solcher Rauschpatienten eine Rolle spielen dürfte, gebührende Aufmerksamkeit gewidmet wird.

Nachweislich waren 28 Patienten - bevor sie wegen eines Delirs bei uns behandelt wurden - der chirurgischen Ambulanz unseres Krankenhauses wegen geringfügiger Traumen unter Alkoholeinfluß zugeführt worden. Und wieviele Patienten lagen, schon lange bevor sich bei ihnen ein Delir entwickelte, in unserer Klinik wegen eines tiefen Rauschzustandes, einer Alkoholvergiftung oder einer Alkoholpolyneuritis! In einem Fall waren wir sogar gezwungen, einen Patienten insgesamt

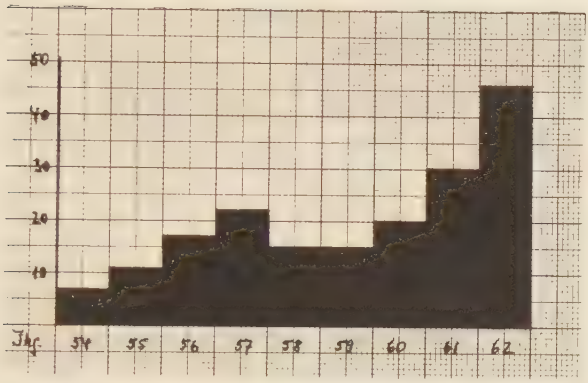
6 mal wegen schwerer Alkoholräusche aufzunehmen, bevor es bei der 7. Einlieferung zu einem Delirausbruch kam. Und wieviele Alkoholiker laufen durch Instanzen, die sie abfangen könnten, wo aber keinerlei Notiz von ihnen genommen wird ..... eben weil die rechtliche Handhabe dazu fehlt.

So sollten wir dem Beispiel Österreichs folgen, wo Alkoholkranke ab jetzt in einer zentralen Kartei im Wiener Gesundheitsamt erfasst werden. Alle Wiener Krankenanstalten, der Wiener Rettungsdienst, die Polizeistellen und andere Institutionen werden die an Alkoholismus leidenden dem Fürsorgereferat für Alkoholkranke bekannt geben.

Auch bei uns könnte schon auf Grund des 1952 erlassenen Gesetzes über die Verwahrung alkoholsüchtiger Personen der erste Schritt zu einer frühzeitigen Erfassung Alkoholkranker gewährleistet sein. Und wie man aus den Jahresgesundheitsberichten der Stadt Nürnberg ersieht, findet der noch immer im Zunehmen begriffene Alkoholismus seinen Niederschlag in der Zunahme der Fälle, die polizeilich nach Artikel 5 des Bayerischen Verwahrungsgesetzes in eine Anstalt eingewiesen werden mussten. Keinesfalls darf man aber aus dem Ansteigen dieser Kurve (siehe umseitige Skizze) eine Parallelität zu regelrechten Alkoholentziehungskuren in dafür vorgesehenen Trinkerheilanstalten entnehmen. Denn wie oft kommt es vor, daß die Verwahrung vorzeitig aufgehoben wird, da die Voraussetzung in Form der Selbst- und Gemeingefährlichkeit schon nach kurzer Zeit scheinbar entfallen ist

und ein Grund für eine längere Verwahrung nicht mehr zu bestehen scheint.

Tabelle 7



Über den Anstieg der polizeilichen Einweisungsfälle in den Jahren 1954 - 1962 (Nürnberg)

Wenn es schon ein Problem ist, die in der Klinik befindlichen Alkoholiker in einer Trinkerheilanstalt einzuweisen, kann es nicht wundernehmen, wenn die Schwierigkeiten außerhalb der Klinik erst recht zu einem schier unüberwindlichen Hinderniss anwachsen. Denn welch erschreckende Verständnislosigkeit und Gleichgültigkeit gegenüber allen prophylaktischen Bestrebungen herrscht doch im allgemeinen vor: der Verwaltungsbeamte beginnt sich nur insofern am Trinkerproblem zu interessieren, als asoziale Handlungen, vorzeitige Invalidität, Belastung der Allgemeinheit und Fürsorgemaßnahmen eintreten. Der Richter wird meist nur bei kriminellen Vorgängen oder bei eklatant selbst- und gemeingefährlichen Handlungen tätig. Und der Wirkungs-

bereich der freipraktizierenden Ärzte ist im allgemeinen nicht groß; meist vermögen sie den Alkoholikern auch nicht den rechten Weg zu weisen und behandeln höchstens das Symptom Lebercirrhose, Gastritis, eine Polyneuritis. Der größere Zusammenhang mit dem Alkoholmißbrauch aber wird - selbst wenn er erkannt wird - nicht weiter verfolgt. Die Angehörigen schließlich rühren sich nur, wenn die häuslichen Verhältnisse gänzlich untragbar geworden sind. Aber auch dann sind ihre Bemühungen denkbar hilflos.

Leider besteht auch die Tendenz, das Trinkerproblem eher von der Seite der Sozialfürsorge als im Rahmen der öffentlichen Gesundheit anzufassen.

Insgesamt darf man von der Tatsache ausgehen, daß das Trinkerproblem ja nicht nur eine Frage der Volksgesundheit ist, sondern in Wahrheit auch weitgreifende sozial- und wirtschaftspolitische Aspekte besitzt. Solange die gesetzgebenden Körperschaften dies nicht voll erkannt haben und weitgehend dem Druck der Interessenverbände unterliegen, wird man von dieser Seite entscheidende Maßnahmen kaum erwarten können. Umso wichtiger ist es, in den uns gesteckten Abgrenzungen die Sachverhalte und die Ausmaße des Alkoholismus so deutlich zu machen, daß alle zuständigen Instanzen an der Bedrohung des Einzelnen und der Gemeinschaft einfach nicht vorbeisehen können.

Zusammenfassung:

Wir haben uns in der vorliegenden Arbeit damit befaßt, das Schicksal von Alkoholikern, die einmal wegen eines Delirs in unserer Klinik behandelt wurden, weiterhin zu verfolgen. Das Ziel unserer Untersuchung sollte einer Klärung der Frage nach dem kritischen Zeitpunkt öffentlich - rechtlichen Eingreifens dienen.

Von 176 Delirpatienten aus den Jahren 1950 - 1962 sind 57 ihrem Alkoholismus erlegen, davon 37 unmittelbar und 20 in der Folgezeit. Weitere 8 Todesfälle können zum Teil auf andere Todesursachen zurückgeführt werden. Wir haben uns dann den noch lebenden 111 Patienten zugewendet und festgestellt, daß auch von ihnen noch 40% an alkoholischen Folgekrankheiten litten.
Unter Vorbehalten notierten wir, daß 52% unserer ehemaligen Patienten abundante Trinker geblieben sind und weitere 14% einen leichten Abusus betrieben.
Im Erwerbsleben standen noch 40%. Unter Anlegen eines noch schärferen Maßstabes müßte allerdings diese Ziffer noch weit niedriger liegen. Denn aus erklärlichen Gründen konnten wir die sich auf das Erwerbsleben beziehenden Auswirkungen der Delirfälle aus den Jahren 1961/1962 noch nicht erfassen; das Intervall zwischen Delirausbruch einerseits und den Auswirkungen auf die soziale Stellung des Patienten andererseits war noch zukurz.
Bezogen auf sämtliche 176 Delirfälle stehen heute, 1963, nur noch 35 Patienten im Erwerbsleben, d.h. nicht mehr als 20%.

Angesichts der schlechten Prognose, die einem deliranten Trinker nach diesen Ergebnissen zu stellen ist, muß die eingangs aufgeworfene Frage, ob das Delir einen eindeutigen Apellcharakter für alle in Frage kommenden Instanzen hinsichtlich ihres Eingreifens besitzt, ohne Einschränkung bejaht werden.

Auf die unbefriedigenden gesetzlichen Bestimmungen beziehungsweise deren inkonsequente Auslegung hinsichtlich der zwangsweisen Einweisung in Trinkerheilstätten wurde hingewiesen und das Mißverhältnis zwischen den Institutionen für chronisch Kranke anderer Gruppen und denjenigen für Alkohol-Kranke dargelegt.

Literaturverzeichnis

AUERSPERG und SCLARI: Brückensyndrome der akuten Alkoholhalluzinosezum D.tr. Ref.Zbl.ges. Neurol. Psychiat. 127, 341 (1954)

BAUMEISTER,W.: Taschenbuch der Suchtkrankenfürsorge Hoheneck Hamburg (1956)

BRONISCH,F.W.: Zur Frage der Trinkerheilstätten. Nervenarzt 29, 468 - 469 (1958)

CACHIN und PERGOLA: Reserpin in der D.tr. Behandlung Ref.Zbl.ges.Neurol.Psychiat. 146, 178 (1958)

FEUERLEIN,W.: Zur Prognose des Alkoholdelirs. Nervenarzt 30, 38 (1959)

GLATT,M.: Gruppenbehandlung von Alkoholikern. In Arbeitstagung über Alkoholismus. Wien (1962)

GRUBER,M.: Der Alkoholismus. Berlin (1911)

GUNNE,L.: Mortalität bei D.tr. Ref.Zbl.Neurol.Psychiat. 148, 234 (1958)

HABERMOLL,A.: Das Problem des Alkoholismus. Thieme Stuttgart (1956)

HELBIG,H.: Das tödliche Alkoholdelir. Nervenarzt 33, 221 (1962)

HELENIUS,M.: Die Alkoholfrage Jena (1903)

HUNZIKER,A.: Die Heilstätte im Rahmen der Heilbehandlung Alkoholkranker. Neuland Hamburg (1955)

JANZ,H.W.: Aufgaben der Suchtbekämpfung in der ärztlichen Praxis. Hoheneck Hamm (1958)

KESSEL,J.: Alkoholiker. Natur und Wissen. München (1961)

KEYSERLINGK,H.: Der Alkoholismus als soziales Problem Fischer VEB (1959)

KÖSTER,R.: Ärztliche und rechtliche Probleme bei der Unterbringung von Geisteskranken und Suchtkranken. Med.Klin. 57, 942 - 945 (1962)

PERGOLA,CACHIN,LEVILLAIN: Delirium tremens und Leberveränderungen. Ref.Zbl.ges.Neurol.Psychiat. 137, 116 (1956)

ROTTER,H.: Resozialisierung, Reintegration und Rehabilitation des Alkoholkranken. In "Arbeitstagung über Alkoholismus". Wien (1962)

SCHULTE,W.: Das Alkoholdelir in seinem Sinngehalt und lebensgeschichtlichen Zusammenhang. Nervenarzt 34, 193 - 198 (1963)

SERRA und ZANETTI: Die Sterblichkeit bei Delirium tremens. Ref.Zbl.ges.Neurol.Psychiat. 121, 277 (1953)

SEYBERTH,A.: Alkoholismus bei Frauen. Inaug.-Diss. Erlangen. (1963)

SOLMS,H.: Die Behandlung des Alkoholismus. In Psychiatrie der Gegenwart, Band II, Springer, Berlin (1960)

STECK,H.: Delirium tremens oder Säuferwahnsinn. In "Alkoholfrage in der Schweiz". Heft 28 Schwabe Basel (1958)

STEMPFLINGER,F.: Medicamentöse und fürsorgerische Behandlung der Alkoholkranken. Neuland Hamburg (1957)

TAVEL,M.E.: A new look at an old Syndrom: Delirium tremens. Zeitschrift "Internal Medizin" 162 ff, (1962)

WIESER,S.: Zur Theorie und Klinik der Alkoholpsychosen. In "Arbeitstagung über Alkoholismus. Wien (1962)

WYSS,R.: Klinik des Alkoholismus. In Psychiatrie der Gegenwart, Band II, Springer, Berlin (1960)

Lebenslauf

Am 29.August 1936 wurde ich als Sohn des Arztes Dr. med. Eberhard Breithaupt und seiner Ehefrau Dorothea,geb. Wagner, in Berlin geboren.
Nach 6 Jahren Volksschulbildung besuchte ich das Kant-Gymnasium in Berlin-Spandau bis zum Abitur 1956.
Im Mai 1956 begann ich mein Medizinstudium an der Freien Universität zu Berlin. Nach dem ärztlichen Vorexamen in Berlin 1959 setzte ich das Studium in Wien, Berlin und zuletzt in Freiburg fort, wo ich auch mein Staatsexamen im Mai 1962 mit "gut" bestanden habe.
Daran anschließend begann ich meine Medizinalassistentenzeit in Berlin, an der Chirurgischen Klinik des Städt. Rudolf Virchow-Krankenhauses.
Nachdem ich 1963 sechs Monate an der Psychiatrischen und Nervenklinik der Städtischen Krankenanstalten zu Nürnberg tätig war, absolviere ich jetzt meine Medizinalassistentenzeit an der II. Inneren Klinik der Nürnberger Krankenanstalten.

GEDRUCKT BEI LUDWIG MÜLLER ERLANGEN